UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 50

LES

PYODERMITES SUDORALES

(ERUPTIONS D'ORIGINE SUDORALE)

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Mai 1912

PAR

Robert COLONNA D'ISTRIA

Né à Petreto-Bicchisano (Corse), le 1er janvier 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, professeur, *Président.*
VIRES, professeur
SOUBEYRAN, agrégé
MASSABUAU, agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN et MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1912

LES

PYODERMITES SUDORALES

(ERUPTIONS D'ORIGINE SUDORALE)

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 50

LES

PYODERMITES SUDORALES

(ERUPTIONS D'ORIGINE SUDORALE)

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Mai 1912

ACAD. LYON D.BAT. BIBL.

PAR

Robert COLONNA D'ISTRIA

Né à Petreto-Bicchisano (Corse), le 1er janvier 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : RAUZIER, professeur, *Président.* ; VIRES, professeur ; SOUBEYRAN, agrégé ; MASSABUAU, agrégé — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN et MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse ;

MM. RAUZIER, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
VIRES, *professeur.*	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la Mémoire de mon Petit Neveu ROBERT CANAZZI

A ma MÈRE et a mon PÈRE

A mes SŒURS et FRÈRES AIMÉS

A mes Petits Neveux chéris LAURE et JEAN-ROBERT

A mon Cousin le DOCTEUR CANAZZI

A mes Cousines IGNACE et MADELEINE

A mon Cousin JEAN-BAPTISTE PERETTI
A sa FEMME. — A sa Fille CLAIRE

A mes COUSINES

A ma Tante
Madame Veuve ROSE COLONNA D'ISTRIA
A ses ENFANTS

A TOUS MES AMIS

R. COLONNA D'ISTRIA

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIRES

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

SOUBEYRAN ET MASSABUAU

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON PERRIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

R. COLONNA D'ISTRIA.

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans quelque mélancolie que je vois se terminer ma vie d'étudiant. Elle ne fut pas toujours exempte de soucis, d'heures grises et de fatigues, mais, au moment de lui dire adieu, il ne m'est pas possible de l'évoquer autrement qu'à travers le clair mirage des jours allègres et des bonnes joies qu'elle sut me réserver.

« *Le meilleur de la vie est fait de souvenance...* »

Que l'on m'excuse donc de donner un regret à mon gai béret d'étudiant... Voici venu le jour de la thèse, de l'antique et solennelle thèse, étape finale des longues années d'étude, grave et traditionnel prologue d'un nouvel acte de la vie où il faudra enfin tenir son bout de rôle.

Et j'avoue ne pouvoir échapper aux nécessaires réflexions qui ont dû déjà s'imposer à tant d'autres, à ce tournant de la vie, où apparaît, mieux qu'à tout autre moment du passé scolaire, l'exacte vision des responsabilités, des obligations morales, des devoirs qui incombent au médecin et qui font toute la difficulté, mais aussi toute la grandeur vraie de sa tâche sociale.

Car le médecin ne doit pas être seulement le « guérisseur », mais aussi, mais surtout le « consolateur ». Science, remèdes, scolastique et codex ne sauraient suffire à tout et à tous. Il n'y a pas de maladies, a-t-on dit,

il n'y a que des malades. Et le malade sera, la plupart du temps, le meilleur et le seul livre à consulter. C'est en lui qu'il faudra, souvent, trouver le remède ; c'est de lui qu'il faudra tirer la médication souveraine. Et la plus efficace thérapeutique tiendra toute, plus d'une fois, dans une bonne et réconfortante parole du médecin.

Le médecin est le marchand d'espérance, et l'espérance est la suprême consolation des hommes.

Et même, en face de l'Inéluctable, quand la Mort est là, préparant son œuvre implacable, c'est lui, le médecin, qui doit savoir trouver dans son cœur les mots apaisants, les mots merveilleux qui endorment la Douleur et qui parlent d'Espoir et qui exaltent la Vie, — la Vie bien suprême vers lequel se tendent éperdument, dans l'irrémédiable naufrage, les mains des plus Misérables...

« *Et la vie est un si grand bien*
« *Que ce vieillard, ce gueux, ce chien,*
« *Regrette tout, lui qui n'eut rien...* »

***

Qu'il me soit, maintenant, permis d'adresser l'hommage de ma profonde gratitude à mes Maîtres, à eux tous, qui n'ont pas seulement fait de moi un médecin, mais qui ont su me proposer — en dehors du but précis de leur enseignement — ce culte de l'idéal professionnel où tout praticien doit trouver la règle et la haute discipline de sa vie.

Tous mes remerciements iront, en premier lieu, à M. le Professeur Rozier, qui a bien voulu me faire le très grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse inaugurale. Qu'il veuille bien en recevoir le reconnaissant

hommage et croire combien il me sera doux de garder le souvenir de son lumineux enseignement.

Je prie M. le Professeur Vires de vouloir bien accepter la reconnaissance et l'admiration que je dois à son merveilleux cours de thérapeutique clinique.

J'associe dans le même sentiment de reconnaissance M. le Professeur-agrégé Massabuau, le jeune et excellent maître dont j'ai suivi, avec le meilleur profit, les leçons de chirurgie aux consultations à l'Hôpital-Général, et qui me témoigna, en toute circonstance, une sympathie dont je reste profondément touché.

Le même bienveillant accueil ne me fit jamais défaut auprès de M. le Professeur agrégé Soubeyran. Que ce maître veuille bien recevoir ici tous mes plus sincères remerciements pour tout ce que j'ai retiré de ses précieuses leçons et pour les sentiments d'amitié, je dirais même de camaraderie, dont il voulut bien me marquer le fréquent témoignage.....

Je m'en voudrais d'oublier mes premiers maîtres de l'Ecole et des Hôpitaux de Marseille, notamment de ce vieil Hôtel-Dieu où j'ai essayé mes premiers pas dans le chemin épineux de l'observation clinique.

Que mes anciens maîtres veuillent donc bien accepter l'hommage de mon plus respectueux et reconnaissant souvenir, et que la plus large part en soit pour M. le Professeur Léon Perrin, l'éminent dermatologiste qui m'inspira le sujet de mon travail et ne cessa jamais de me témoigner une bienveillance dont je serai heureux de conserver le réconfortant souvenir.

∴

Je ne finirai pas sans demander à toute ma chère famille et, avant tout, à ma mère et à mon père bien aimés, d'ac-

cepter ce modeste travail comme le trop faible hommage de tout ce que je leur dois de piété filiale, d'affection et de reconnaissance..... Je ne saurais leur en dire plus. Ils comprendront tout ce que je ne leur puis exprimer.....

J'adresse mon plus sincère souvenir à mes autres parents que je ne puis tous nommer ici, et je les unis, avec les chers miens, dans la même pensée d'affection.

J'envoie à tous mes camarades mon plus cordial salut. Et je réserve pour mon fraternel ami, Guillaume Colonna d'Istria, et pour mon vieux camarade et excellent ami, le docteur Georges Fournier des Corats, le meilleur de mes pensées affectueuses et de mon souvenir.

LES

PYODERMITES SUDORALES

(ERUPTIONS D'ORIGINE SUDORALE)

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

INTRODUCTION

L'été dernier, nous avons été frappé par le grand nombre de malades venant se présenter à la clinique dermatologique du professeur Perrin (de Marseille), et qui étaient atteints de lésions cutanées produites par les sueurs abondantes. Les enfants étaient en grand nombre et, comme à cet âge, les éruptions acnéiformes et furonculeuses sont rares, on était surpris de voir ces enfants ayant la figure et le cuir chevelu couverts de folliculites, de furoncles, d'abcès cutanés, formant chez certains des espèces de masques mamelonnés produits par des saillies dures, plus ou moins volumineuses acuminées, et qui, le plus souvent, aboutissaient à la suppuration.

Chez les adultes, les éruptions ressemblaient à des lésions confluentes d'acné indurata ou phlegmonneux, comme on en voit dans les acnés juvéniles, polymorphes,

confluentes, ou encore, comme cela s'observe fréquemment chez les malades soumis depuis longtemps aux préparations de bromure ou d'iodure.

Nous avons pris pour sujet de thèse cette affection cutanée que notre maître, M. le professeur Léon Perrin, a décrite, il y a quelques annnées, dans les Annales de Dermatologie, sous le nom de *Pyodermites sudorales.*

Après avoir rappelé l'abondance des glandes sudoripares, leur physiologie, le rôle considérable qu'elles jouent dans l'économie, nous passerons à l'étude des lésions produites par les sueurs abondantes, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

PREMIÈRE PARTIE

GLANDES SUDORIPARES ET SUEUR : APERÇU DE PHYSIOLOGIE

La peau est à la fois un organe de protection, de sensibilité, de sécrétion et d'excrétion ; en même temps, elle concourt puissamment, par l'intermédiaire de ses vasomoteurs, à la régulation de la chaleur organique et très accessoirement aux échanges gazeux ; elle est intéressée directement ou indirectement dans la plupart des maladies générales et ses altérations retentissent secondairement sur tout l'organisme. On peut donc pressentir *a priori*, que l'étude des modifications que subissent ses fonctions présente un intérêt considérable pour le pathologiste, et l'on doit regretter d'autant plus qu'elles ne soient pas mieux connues.

Parmi ces fonctions de la peau, nombreuses et toutes nécessaires, il n'en est pas de plus intéressante que la sécrétion sudorale.

Les glandes sudorales sont extrêmement nombreuses : leur nombre s'élèverait, d'après Sappey, à deux millions, d'après Krause à 2.400.000. Elles se trouvent sur toute la surface cutanée, plus abondantes cependant dans les régions où l'épiderme est épais, à la plante des pieds, à la

paume des mains, aux aisselles, dans la région des aines, sur les parties velues de la face et du cou.

La structure de ces glandes est fort simple : ce sont des petits pelotons formés d'un tube contourné, et qui, situés au-dessous du derme ou dans ses couches profondes, viennent s'ouvrir à la surface par un mince canal enroulé en spirale dans l'épiderme.

Ce sont ces glandes qui sécrètent la *sueur*.

L'étude de la *sueur*, au point de vue physiologique, comporte trois grandes divisions :

1° L'examen de la composition chimique du liquide excrété, avec les déductions physiologiques qui en découlent ;

2° L'étude des conditions physiques qui influent sur la sécrétion et sur l'évaporation de la sueur, avec les applications physiologiques qu'on en peut tirer ;

3° L'exposé critique des notions acquises sur la fonction sudorale elle-même comme attribut direct du système nerveux.

Mais avant d'aborder cette étude, nous devons établir qu'on ne doit plus aujourd'hui conserver la distinction arbitraire si longtemps admise entre la *sueur* et la *perspiration cutanée*, les auteurs les plus récents n'admettant pas de différence essentielle entre ces deux états d'une même fonction. C'est ainsi que M. Foster, dans son Traité de Physiologie, s'exprime ainsi : « De la quantité totale (de liquide) ainsi éliminée, une partie s'échappe à l'état de vapeur aqueuse mélangée à des produits volatils, tandis qu'une partie peut rester pour un temps à l'état liquide sur la peau ; la première est fréquemment appelée *perspiration insensible*, la deuxième *perspiration sensible*. Le rapport de la perspiration insensible à la perspiration sensible dépendra de la rapidité de la sécrétion. »

Y a-t-il lieu d'admettre un état particulier de la peau qui ne soit déjà plus de la *perspiration insensible,* mais qui ne soit pas encore de la *sueur* proprement dite ? Cette condition intermédiaire de la surface du corps, qui fait dire quand on touche la peau d'un sujet bien portant : « la peau est souple, légèrement humide, onctueuse au toucher », correspond à ce qu'on peut entendre par *moiteur*. Ce n'est pas tout à fait la définition courante, ni même celle adoptée en clinique. On a l'habitude de prononcer le mot *moiteur* plutôt quand on trouve la peau non encore couverte de sueur, mais franchement humide. Si l'on parle, par exemple, d'un rhumatisant, à peau humide, légèrement mouillée, sans sudation accusée, on consigne dans l'observation : « *Moiteur de la peau* », ce qui éveille plutôt l'idée de *sueur modérée ;* de même, dans le langage du monde, la *moiteur* correspond à une sueur commençante. Sans doute, ces distinctions sont surtout affaire d'habitude et d'appréciation ; cependant, comme il faut s'entendre sur les mots, et comme, d'autre part, on a fait sur la moiteur proprement dite des recherches spéciales, nous pensons qu'on est autorisé à admettre dans l'activité de la fonction sudorale les trois degrés suivants :

1° Peau souple fraîche, sans exhalation liquide appréciable à la main : c'est l'état de *perspiration cutanée insensible* des Anciens ; 2° peau humide sans liquide visible, souple, onctueuse : c'est *l'état de moiteur ;* 3° peau mouillée à des degrés variés, depuis la simple buée jusqu'à la grande exhalation de liquide : c'est *l'état de sueur accusé.*

Il n'y a donc, nous le répétons, que des différences de degrés entre ces trois états, le fonctionnement des glandes sudoripares suffisant à chacun d'eux et la peau pou-

vant passer en un temps très court de l'état de sécheresse relative à l'état de moiteur, enfin à l'état de sueur.

Cette discussion préalable légitimera la définition aussi large que possible que nous croyons devoir adopter pour le mot sueur :

La *sueur* est le produit de la sécrétion des glandes sudoripares déversé à la surface de la peau sous la forme d'un liquide tantôt transformé en vapeur dès qu'il entre en contact avec l'atmosphère (perspiration cutanée insensible), tantôt appréciable à la vue (sueur proprement dite),

1° Composition chimique.— De nombreuses analyses n'ont pas, en raison des difficultés expérimentales, permis d'en établir définitivement la composition. La densité est de 1004 à 1006 ; si l'on tient compte de la quantité, on peut évaluer que la sueur élimine six fois moins de matériaux que l'urine. Le liquide éliminé par les glandes sudoripares n'est pas riche en produits solubles résiduaires. Le résidu solide est d'environ 10 p. 1.000 ; les substances minérales en forment la moitié : ce sont des chlorures de sodium et de potassium (NaCl et KCl), des phosphates et sulfates alcalins, des phosphates terreux et des traces de fer. La sueur contient d'une manière constante de l'urée, mais en faible quantité (1 ou 1 1/2 pour 1.000). Cette urée peut s'accumuler chez les anuriques et quelques urémiques. Elle contient enfin 5 p. 1.000 d'acides minéraux, et une faible proportion d'acides : formique, acétique, butyrique, propionique, caproïque (Beaunis), ainsi que de l'azote. Unna y signale de la palmitine, de la stéarine, et, à titre d'hypothèse, de la cholestérine.

Le rôle de la sueur dans l'excrétion des graisses est aujourd'hui prouvé, grâce aux travaux de Unna. Il est

établi anatomiquement par la présence de gouttelettes que révèle l'acide osmique dans les cellules du glomérule sudoripare, et par l'existence possible de graisse à la face tactile des mains et des pieds où manquent les glandes sébacées.

La sueur semble éliminer certaines substances en circulation, telles que l'arsenic (As), l'iode (I), l'iodure de potassium (KI), l'anhydride arsénieux ($As^2 O^3$), le bichlorure de mercure ($HgCl^2$), l'alcool, l'éther, le camphre, le sulfate de quinine, et des acides benzoïque, succinique, tartrique (Beaunis). La sueur, enfin, peut contenir de l'albumine. D'après Arloing, la sueur est toxique, cette toxicité augmentant à la suite du travail musculaire.

Disons enfin que la sueur, recueillie directement à la surface de la peau ou dans des manchons de caoutchouc disposés autour des membres, est un liquide transparent et incolore, sauf dans certains cas anormaux où elle est colorée en rouge, en noir, en bleu par divers pigments. C'est le phénomène auquel on a donné le nom de *chromhydrose,* et que l'on rencontre surtout chez les hystériques.

L'odeur spéciale de la sueur, due à des acides gras, volatils, est variable suivant les régions (aisselle, pieds, scrotum).

2° Etude des conditions physiques qui influent sur la sécrétion et sur l'évaporation avec les applications physiologiques qu'on en peut tirer. — Les glandes sudoripares produisent continuellement et indépendamment de toute influence thermique ou autre, une quantité assez grande de sueur évaluée en moyenne, pour un homme, à 1.300 grammes par 24 heures. Cette quantité cependant,

peut monter à 300 ou 400 grammes par heure en diverses circonstances et sous l'influence de conditions physiques multiples : sous l'influence du mouvement, de la CHALEUR, des boissons abondantes.

Sous l'influence de l'une de ces causes, les glandes sudoripares sécrètent plus abondamment. Ce fait est dû à l'excitation de l'activité glandulaire, par les nerfs sécrétoires spéciaux, et aussi à une plus large irrigation sanguine, reliée elle-même à l'action des nerfs vaso-moteurs qui commandent la dilatation vasculaire. Mais la sécrétion sudorale n'est pas forcément liée à cette vaso-dilatation ; elle peut coïncider avec la constriction des capillaires cutanés (sueurs froides), ainsi qu'il arrive pendant l'agonie, dans certains états du système nerveux, comme la peur, la colère, où la peau de la face, malgré son état de pâleur, sue abondamment.

Que devient tout le liquide déversé à la surface de la peau ? Il s'évapore, mais cette évaporation ne peut se faire qu'en produisant une énorme déperdition de calorique ; la lutte contre les causes d'échauffement consiste principalement dans l'augmentation des pertes de chaleur. En effet, l'homme ne réagit pas contre l'excès de chaleur en réduisant l'intensité des combustions organiques ; loin de baisser, la proportion de carbone brûlé s'élève au contraire si la température extérieure par exemple, dépasse 20 à 25 degrés. L'accroissement de la déperdition de calorique est obtenu par l'augmentation du rayonnement et de l'évaporation cutanée. Sous l'influence de l'impression de chaleur, la peau rougit, la circulation devient plus active dans ses vaisseaux dilatés, ainsi que nous l'avons dit plus haut ; la peau s'échauffe et rayonne davantage ; de plus, elle se couvre de sueur ;

cette sueur en s'évaporant soustrait une certaine quantité de calorique.

Cette théorie de la régulation thermique par l'évaporation cutanée fut formulée par *Franklin* en 1758. On démontre, en effet, que pour passer de l'état liquide à l'état gazeux, l'eau absorbe une certaine quantité de chaleur. *Frédérick* calcule que 1 gramme d'eau à la température du sang (à 38°), absorberait pour se vaporiser environ 550 microcalories et que, par conséquent, l'évaporation de 10 grammes d'eau à la surface de la peau suffirait pour abaisser d'un degré la température d'un animal du poids de 5.800 grammes. La sécheresse de l'air ambiant, le renouvellement des couches d'air en rapport avec la surface cutanée favorisent la lutte de l'organisme contre la chaleur en activant l'évaporation de la sueur. Ce phénomène est en somme analogue à celui que l'on observe avec des carafes en terre poreuse où l'eau se maintient toujours fraîche, même pendant les plus fortes chaleurs de l'été. A travers les parois poreuses, le liquide suinte d'une façon continuelle et c'est en s'évaporant à la surface extérieure du vase qu'il absorbe une grande quantité de la chaleur de la masse.

3° Influence du système nerveux sur l'activité glandulaire. — Ce fut *Goltz* qui, en 1875, démontra l'existence des nerfs excito-sudoraux. Après cette date, de nombreux travaux surgirent qui élucidèrent complètement le mode d'action et les origines de ces nerfs. Au premier rang de ces travaux, se trouvent ceux de *Luchsinger*.

a) *Nerfs sudoraux.* — Si l'on excite, après section, le bout périphérique du nerf sciatique chez le chat par

exemple, on voit apparaître des gouttelettes de sueur sur la pulpe glabre de la patte. Tous les animaux ne se prêtent pas à l'expérience, car il en est qui ne suent pas, tels le lapin, le chien ; c'est pour ce motif que l'on choisit le chat. Le sciatique contient donc les nerfs sudoraux pour le membre inférieur. Comment interpréter le résultat de cette expérience ? C'est par une action directe exercée sur les glandes sudoripares ; d'une part, en effet, l'excitation du nerf sciatique produit une constriction très énergique des vaisseaux du membre, ce qui fait que la sudation coïncide avec un certain degré d'anémie des glandes et, d'autre part, il est possible de déterminer la sudation en excitant le sciatique sur une patte fraîchement amputée.

Lucksinger a donné une autre démonstration remarquable de l'existence des nerfs sudoraux. On fait une injection sous-cutanée de pilocarpine chez un animal, après avoir au préalable sectionné un des nerfs sciatiques ; on constate que toutes les pattes suent, y compris la patte au sciatique sectionné : ce fait montre d'abord que la pilocarpine exerce son action excito-sudorale à la périphérie, et non pas seulement sur les centres nerveux. Mais, au bout de quelques jours, lorsque les fibres nerveuses du sciatique coupé sont dégénérées, l'injection de pilocarpine ne produit plus de sudation que sur les pattes saines : la patte énervée reste sèche, quoiqu'elle possède encore ses glandes sudoripares intactes. C'est donc sur les filets nerveux glandulaires qu'agit la pilocarpine. Le poison antagoniste, l'atropine, paralyse au contraire les terminaisons des nerfs sécréteurs ; il suffit d'appliquer une solution d'atropine sur la peau dégraissée pour abolir la sudation au point touché. Ces expériences nous obligent donc à admettre, pour la sécrétion sudorale, l'exis-

tence de nerfs sécrétoires indépendants des nerfs vasculaires.

Les fibres excito-sudorales sont contenues d'une manière générale dans les principaux troncs nerveux ; pour le membre inférieur dans le sciatique, pour le membre supéreur surtout dans le médian, pour la tête dans le facial et le trijumeau.

Quelques physiologistes ont, en outre, émis l'hypothèse, que les glandes sudoripares reçoivent des filets nerveux inhibitoires capables de diminuer ou de suspendre la sécrétion, qu'il existe en un mot des fibres nerveuses *fréno-sudorales*. On sait, en effet, qu'après la section du cordon sympathique cervical chez le cheval, la moitié de la tête correspondant au nerf coupé se couvre de sueur. Ce résultat, dans l'hypothèse précédente, pourrait s'expliquer par la section d'un certain nombre de filets *fréno-sudoraux* exerçant normalement leur action sur les glandes sudoripares de la tête. Mais une autre interprétation très plausible se présente immédiatement, à savoir que cette sudation n'est que la conséquence de l'augmentation considérable de la vascularisation et de la température de la peau causée par la section des vasomoteurs.

b) *Centres nerveux et réflexes sudoraux.* — La sécrétion sudorale se montre à l'état physiologique comme le résultat soit d'une action réflexe, soit d'une excitation directe des centres nerveux par le sang. L'élévation de la température et l'impression de chaleur recueillie par les terminaisons périphériques des nerfs sensibles représentent l'origine la plus ordinaire du réflexe ; les centres nerveux répondent alors par une excitation des nerfs sudoraux. La chaleur ne produit donc pas la transpiration par

une action localisée à la périphérie ; en effet, en plaçant un animal dans une étuve, après lui avoir coupé un des nerfs sciatiques, il est facile de constater que toutes les pattes suent, sauf celle dont le sciatique a été sectionné. On peut produire un réflexe sudoral localisé en répétant cette expérience d'*Adamkiewicz* : chez un individu suant facilement, on applique un vase rempli d'eau chaude sur la peau de la cuisse, et l'on voit peu après les gouttes de sueur perler sur la plante du pied. Les réflexes sudoraux peuvent avoir aussi pour point de départ des irritations douloureuses provenant de différents organes, ou bien des excitations d'origine cérébrale, les émotions par exemple.

Les centres nerveux réflexes pour la sécrétion sudorale se trouvent répandues d'une manière diffuse dans tout l'axe gris de la moelle et du bulbe. Il y a dans le bulbe un centre principal, mais il n'est pas le seul, contrairement à ce qu'a prétendu *Nawrocki*, car *Lucksinger* a démontré que la sudation réflexe des membres est encore possible après la section sous-bulbaire de la moelle ; la moelle contient donc aussi des centres sudoraux. Ces centres sont directement excitables par le sang, de même que le centre respiratoire ; ainsi ils sont mis en jeu par l'accumulation de CO^2 dans le sang ; l'augmentation de température du sang est aussi une cause d'excitation directe des centres sudoraux. *Lucksinger* ayant coupé chez un chat la moelle dans la région dorsale et toutes les racines postérieures, c'est-à-dire les racines sensibles des nerfs rachidiens naissant au-dessous de la section médullaire, de façon à supprimer la voie centripète des réflexes, constata que l'animal mis dans une étuve continuait encore à suer des pattes postérieures. Dans ces conditions, les centres nerveux sudoraux avaient donc été excités directe-

ment par la chaleur. C'est aussi ce que *L. Frédérig* prouva de la manière suivante : après s'être placé entièrement nu dans un local relativement froid (+ 15°), il respira de l'air chauffé à travers un tube ; au bout de peu de temps, sa peau rougit et se couvrit de sueur. Ce phénomène provient évidemment de l'excitation directe des centres nerveux vaso-dilatateurs et sudoraux par le sang qui s'est échauffé dans son passage à travers le poumon, au contact de l'air respiré.

Excrétion de la sueur. — La sueur est poussée des parties profondes du tube glandulaire vers son orifice cutané par la *vis a tergo ;* il est possible que la contraction des fibres musculaires lisses qui se trouvent dans les parois de certaines glandes sudoripares, comme celles de l'aisselle joue un rôle dans l'excrétion de la sueur.

Nous avons dit, au cours de cet aperçu de physiologie de la fonction sudorale, comment la sueur, en soustrayant du calorique à l'organisme par le refroidissement qui résulte de son évaporation à la surface de la peau, jouait le rôle considérable de régulateur de la température. C'est là son principal rôle. Mais, de plus, la sueur est un liquide excrémentitiel. C'est par la sudation que l'organisme excrète une partie de son eau ; les glandes sudoripares sont ainsi des organes *vicariants* du rein pour la déshydratation du sang. Cette déshydratation ne va pas sans quelques dangers lorsqu'elle est poussée à un degré excessif par des sudations trop répétées et trop abondantes : des altérations globulaires, la dissolution de l'hémoglobine peuvent en être la suite.

On s'est demandé, en outre, si la sueur n'est pas toxique ; cette question est très controversée ; cependant, *Arloing* a constaté que des animaux qui reçoivent en injec-

tions intraveineuses une certaine quantité de sueur humaine présentent divers symptômes d'intoxication. Ne sait-on pas, en outre, en médecine, que l'arrêt brusque de la sudation par refroidissement du corps peut avoir, dans certaines circonstances, des conséquences très graves ? Mais le mécanisme des accidents ainsi produits est fort complexe, et on ne doit pas y voir uniquement le fait d'une rétention de substances toxiques.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES PYODERMITES SUDORALES

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

La corrélation étroite qui lie les pyodermites sudorales aux étés très chauds est surabondamment prouvée ; la chaleur, avec les sudations abondantes qu'elle entraîne, constitue le grand facteur étiologique, le plus évident, auquel on pourrait presque ramener tous les autres invoqués et que nous allons successivement passer en revue.

Toutes les fois que la saison d'été est marquée, — comme elle le fut en juillet, août et septembre dernier, — par des températures élevées et continues, les pyodermites sudorales se montrent avec une fréquence énorme, considérable. C'est ainsi que notre maître, M. le professeur Perrin, recueillait en 1895 une trentaine de cas ; deux années plus tard, en 1897, sa statistique s'enrichissait encore, le nombre de cas par lui signalés atteignait le chiffre de près de soixante. Or, ainsi que nous le disons

plus haut, dans notre région méridionale, pendant les mois de juillet, août et septembre 1911, la température excessive, vraiment sénégalienne, atteignait certains jours des maxima de 33° 4 à 36° ; et c'est à ce moment qu'il nous a été donné d'observer, en même temps que des miliaires, un grand nombre de dermites furonculeuses, de folliculites et d'idradénites sudoripares. Ces lésions rappelaient les éruptions si communes aux Antilles, et que les habitants de ce pays dénomment et décrivent sous le nom de boutons chauds ou encore de *bourbouilles*.

Nous avons rencontré ces éruptions chez des nourrissons chez des enfants et chez des adultes : leur fréquence paraît cependant sensiblement plus grande chez les premiers. Nous en avons observé chez des nourrissons de trois à quatre mois et chez des enfants de sept ans.

Quant aux adultes, l'âge des malades variait de vingt-cinq à quarante-cinq ans. Chez ces derniers, une chose curieuse, une particularité que nous avons souvent notée est que les femmes paraissent plus prédisposées que les hommes aux pyodermites, et parmi nos malades, il nous a été possible d'établir une proportion moyenne de cinq hommes pour douze femmes.

Mais la chaleur élevée ne constitue pas l'unique facteur étiologique, ainsi que nous l'avons déjà dit, et notre attention a été attirée par d'autres éléments. Le mécanisme habituel, prépondérant des sudations exagérées semble ne pas agir seul ; tout au moins semble-t-il grandement influencé, facilité, dirons-nous, par une foule d'autres conditions : les unes tiennent au *terrain* sur lequel ces lésions évolueront plus ou moins bien, qui leur prêtera une physionomie et un caractère d'acuité spéciale, ou au contraire, se trouvant en bon état de résistance, étant en parfait équilibre, les contrariera, les atténuera sensible-

ment. Parmi les nourrissons atteints de pyodermites, en effet, nous en avons rencontré qui étaient maigres, insuffisamment ou mal nourris, et d'autres encore plus affaiblis, l'air souffreteux, présentant tous les attributs du rachitisme.

Une seconde catégorie de nos petits malades était tout l'opposé de cette première dont nous venons de parler : les malades que l'on nous présentait étaient de beaux et gras poupons, joufflus, dodus et à gros ventre. N'étaient leurs lésions cutanées, les aurait-on pensé malades ? Pourtant, si, car ces nourrissons étaient pour la plupart, tous, pour mieux dire, des suralimentés. Or, la suralimentation pour les enfants est peut-être plus meurtrière que la portion congrue. L'eczéma des nourrissons, — pour ne parler que de lui, — a-t-il une autre origine ? Ne voit-on pas, le plus souvent, les accidents s'amender, ou même disparaître, sous la seule influence d'une conduite meilleure et plus sévère de l'allaitement ? Ce qui est vrai pour l'eczéma ne saurait être une hérésie pour les pyodermites, lésion plus sérieuse ou tout au moins d'un ordre un peu différent, mais en somme de la même grande famille toujours.

Ce qui est frappant, malgré cela, c'est qu'en dépit de ce mauvais état général, chez les uns comme chez les autres, l'intégrité des fonctions digestives n'était que fort peu atteinte ; les troubles gastro-intestinaux n'étaient guère sérieux.

Mais les nourrissons, mais les enfants ne sont pas les seuls à se ressentir d'un défaut ou d'un excès de l'alimentation. Les vices de la nutrition, nous les avons constatés également et avec la même netteté chez nos malades adultes ; nombreux parmi ceux-ci étaient les obèses, nombreux aussi les diabétiques ; et, s'écartant un peu de cette

classe de malades, mais proches parents, en somme, nombreux les éthyliques. Parmi les femmes, nous avons été frappé de voir le grand nombre de nourrices venant se présenter à la consultation, et toutes ces nourrices buvaient beaucoup. Tous ces malades ne sont-ils pas des ralentis de la nutrition ?

Les pyodermites sudorales, enfin, sont sous la dépendance étroite de la *profession* exercée par le malade : parmi les hommes, nous avons remarqué des forgerons, des boulangers, des hommes de peine. On devine, aisément comment, chez ces gens, ont pu se produire et évoluer les lésions. Le mécanisme habituel de la chaleur et des sudations abondantes a joué chez eux le grand rôle, le seul. Ce sont toutes professions pénibles, exigeant un travail musculaire intense, s'accompagnant d'une dépense considérable d'énergie. Ce sont donc des sujets transpirant abondamment. Exposés, en outre, à des températures très élevées et continues, nous avons le tableau complet, le cadre étiologique bien net.

La plupart de ces malades avaient un embonpoint exagéré et une peau blanche et délicate ; tous, — ainsi que nous le disions pour les nourrices, — prenaient des boissons en grande abondance, et parmi ces malades beaucoup étaient sujets, même en dehors de l'été, à des transpirations excessives, ainsi que cela s'observe chez les arthritiques sudoraux. Ne sait-on pas, en effet, que l'excitabilité de l'appareil sudoripare, souvent mise en jeu par des influences minimes, est un des caractères les plus précoces de l'arthritisme ?

Un autre élément étiologique, enfin, fréquemment observé, c'est l'influence prépondérante, de tout premier ordre, des *conditions hygiéniques*. Chez un grand nombre, elles étaient manifestement défectueuses. Que savions-

nous, en effet, des nourrissons malades ? Beaucoup couchaient dans de petits logements bas de plafond, peu aérés, immédiatement placés sous les toitures en tuiles et surchauffées tout le jour par un soleil ardent. Comment un organisme pourrait-il pleinement, normalement, se développer dans des conditions aussi précaires ? Le grand air, l'oxygène sont la condition *sine qua non* d'une croissance normale, de l'épanouissement complet de nos organes. La plante s'étiole dans l'obscurité ; l'homme n'a pas un sort meilleur.

Mais ces malades n'étaient pas seulement dans de mauvaises conditions d'habitation ; à la malpropreté de leurs taudis pleins de miasmes, pullulant de microorganismes, se joignait la malpropreté de leur corps. L'usage des lotions, des bains leur était totalement inconnu. Et ce qui va appuyer cette façon de voir et corroborer un autre élément de l'étiologie si diverse de ces éruptions, c'est la localisation presque exclusive, chez les enfants, des lésions au cuir chevelu. Cette région est, en effet, chez certains enfants mal soignés, dans un état permament de saleté repoussante. Car ne sait-on pas qu'un préjugé populaire considère cette crasse du cuir chevelu comme un indice de santé ? pour rien au monde on ne consentirait à savonner la tête de l'enfant pour l'en enlever. Les préjugés ont la vie dure ! Et parmi ces mêmes enfants sordides, nous avons fréquemment relevé l'usage des maillots, des langes de laine ou de coton répandus encore chez les enfants du peuple.

Telle est, si diverse, l'étiologie des pyodermites sudorales. Nous n'avons fait qu'esquisser cette partie de notre travail, nous bornant à mettre en relief les points principaux, à faire ressortir les éléments qui, directement ou indirectement, jouent un rôle dans ce processus.

CHAPITRE II

LOCALISATIONS DES PYODERMITES SUDORALES

Où rencontre-t-on ces pyodermites d'origine sudorale ? Dans les régions où la peau est plus délicate et la sécrétion sudorale plus active. C'est-à-dire que leurs endroits de prédilection sont : à la face, au cuir chevelu, au cou, sur le tronc, à la partie supérieure et à la région dorso-lombaire, enfin sur les membres supérieurs du côté de la flexion. Partout, en un mot, où la peau est plus épaisse, et, partant, les glandes sudoripares plus nombreuses. A la face, on trouvera les lésions surtout prédominantes sur toute l'étendue du front, à la bordure du cuir chevelu, sur les paupières, à la racine du nez ; par contre, on les trouvera beaucoup plus discrètes au niveau du menton et à la partie externe des joues. Là où nous avons constaté une particulière intensité dans l'éruption, c'est au cuir chevelu, — surtout chez les enfants, — de même qu'au cou, soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure. Dans d'autres régions, à la partie supérieure du dos, de la poitrine, l'éruption est beaucoup plus discrète ; dans ces mêmes régions, contrastant avec cette éruption peu accusée, il nous a été donné de constater une miliaire tout à fait confluente. Sur ces diverses régions, en effet, l'on rencontre le plus souvent une éruption de petites papulo-vésicules plus ou moins nombreuses. Elles se pré-

sentent sous des aspects divers, et cette diversité dans leur aspect est liée au liquide que renferment ces papulo-vésicules et aux transformations qu'il y peut subir. Ce liquide est transparent, blanchâtre ou jaunâtre quand il devient putride : d'ou les trois variétés de miliaire : la *miliaire cristalline,* la *miliaire blanche* et la *miliaire jaune.*

Sur ces surfaces couvertes de sudamina, peut se faire l'éruption de pyodermites ; cela cependant est plutôt rare. Ce que l'on observe plus fréquemment, ce sont des miliaires confluentes, s'accompagnant d'une congestion intense des téguments qu'elles recouvrent : et c'est sur ces surfaces que se produit l'éruption de pyodermites sudorales. Nous allons maintenant la décrire.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE DES PYODERMITES

Les éruptions se présentent sous l'aspect de saillies, de nodosités plus ou moins exubérantes et dont le volume aussi varie dans des limites assez larges. Quant à leur siège anatomique, elles occupent soit le derme, soit l'hypoderme. Cette induration caractéristique peut persister ; le ramollissement de la nodosité fait défaut et, partant, la production de pus.

Ces lésions se présentent d'ailleurs sous les aspects les plus divers : 1° elles n'arrivent pas au stade de la suppuration et affectent la forme de tubercules ; 2° elles sont suppurées et se présentent alors sous l'aspect de papulo-pustules ; quelques-unes même, dépassant ce degré, s'accompagnent d'une dermite profonde : 3° enfin, on a affaire à une forme pour ainsi dire intermédiaire, à savoir : des papulo-tubercules durs, d'une coloration d'un rouge vif ; elles peuvent persister ainsi sans autres modifications ou suppurer. La suppuration, toutefois, n'est pas fatale.

Voyons de plus près ce que sont ces différentes formes :

1° *Les lésions ne sont pas suppurées et affectent la forme de tubercules.* — Les malades chez qui nous avons pu observer ce premier degré de la lésion, se présentaient porteurs, dans les différentes régions où se localisent de

préférence les pyodermites, et que nous avons signalées, de petites tumeurs dont le volume n'était guère considérable, variant de celui d'une lentille à celui d'un pois ou d'un noyau de cerise. Ces tumeurs si réduites nous ont toujours présenté une consistance dure, une forme arrondie, et nous avons constaté, en outre, que l'exploration des régions atteintes était particulièrement douloureuse. Ces tumeurs, le plus souvent dermiques, quelquefois, cependant, hypodermiques, ne se sont jamais accompagnées d'une modification bien nette de la peau ; celle-ci était saine à leur niveau, ou simplement érythémateuse.

Par l'exploration de leur mobilité sur les plans sous-jacents, nous avons constaté : une mobilité peu étendue, très limitée pour les tumeurs siégeant au front et au cuir chevelu ; en ces régions, on le sait, les téguments sont adhérents aux plans profonds ; une mobilité beaucoup plus nette, très facile à constater, pour les tumeurs localisées au cou ou à la poitrine : en ces derniers endroits, le tissu cellulaire sous-cutané est plus abondant, plus lâche, et c'est là la raison de cette particularité.

2° et 3° *Papulo-pustules et Papulo-tubercules.* — Concurremment au développement et à l'évolution des nodosités que nous venons de décrire, et sur les mêmes régions atteintes par cette première forme, on voit se faire le développement des papulo-tubercules. Ces éléments papulo-tuberculeux font une saillie plus ou moins marquée au-dessus des téguments. Les modifications de la peau sont très accusées : à leur niveau, le tégument cutané est adhérent, faisant corps avec la tumeur ; la souplesse normale de la peau qui recouvre les papulo-tubercules a fait place à une tension considérable. La peau présente une coloration d'un rouge-vif et un amincissement très prononcé ;

cela n'est, sans doute, que le premier degré du processus qui va aboutir à la papulo-pustule : en effet, au sommet acuminé de l'élément papulo-tuberculeux, apparaît une petite collection purulente blanc-jaunâtre. L'évolution de la tumeur peut s'arrêter à ce stade ; dans quelques cas, cependant, nous avons vu cette phlyctène purulente s'ouvrir. Le pus qui s'en écoule n'est pas pur, mais le plus souvent mélangé à quelques gouttes de sang.

Considérée dans son ensemble, l'éruption de pyodermites, quand elle est agglomérée, ainsi qu'on l'observe fréquemment à la face, s'étend des régions temporales à toute la partie moyenne du front jusqu'à la racine du nez, aux arcades sourcillières, aux paupières, et en haut à la bordure du cuir chevelu ; cette éruption présente des surfaces mamelonnées très irrégulières. Par quoi sont constitués ces mamelons ? Par des tumeurs, les unes arrondies ou ovalaires, les autres plus ou moins acuminées ; aucun ordre, aucune symétrie dans leur mode de groupement : on en voit qui sont réunies, juxtaposées par leur base, donnant l'impression d'une tumeur bilobée ; leur sommet n'est pas non plus sur un même plan, mais plus ou moins élevé au-dessus des parties saines.

Ces lésions présentent-elles une coloration uniforme ? Celle-ci dépend de leur évolution. Les papulo-tubercules, c'est-à-dire les lésions non suppurées, présentent une coloration d'un rouge-vif, ou bien ces lésions suppurent, la collection s'ouvre à la peau et la tumeur prend une coloration blanchâtre ou blanc-jaunâtre, présentant les dimensions d'une lentille ou d'un pois, les grosses celles d'une noisette ou d'une amande.

Leur nombre est quelquefois considérable : certains malades nous sont arrivés avec sur le front une trentaine de ces tumeurs ; la peau paraissait en être criblée ; nous

avons constaté aussi la même confluence de ces lésions au cuir chevelu, principalement au niveau des régions temporo-pariétale et occipitale. Et il nous a été donné de voir des malades chez lesquels le nombre de ces tumeurs atteignait le chiffre de cinquante et plus.

Ces lésions sont disséminées sans ordre et présentent tous les degrés de leur évolution. Leur consistance est dure même pour celles dont le sommet acuminé est en voie de suppuration, l'infiltration thermique de la base étant toujours manifeste.

Les douleurs spontanées paraissent peu marquées, même en cas de confluence des éléments ; ceux-ci sont au contraire assez douloureux à la pression ; aussi les enfants pleurent-ils quand on les couche, ne pouvant appuyer la tête sur l'oreiller quand l'éruption a envahi la région occipitale et la nuque. Que sont les sensations subjectives au moment de l'apparition des lésions ? Ce sont celles que l'on constate dans toute éruption sudorale, c'est-à-dire que le malade éprouve du prurit, des picotements, des brûlures ; en dépit de ces phénomènes, cependant, l'apyrexie est complète, — même chez les enfants les plus jeunes ,— et il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

CHAPITRE IV

EVOLUTION

Abandonnées à leur évolution, que deviennent ces diverses épidermo-dermites ? Toutes n'arrivent pas à la suppuration ; les éléments qui affectent le type tuberculeux et un certain nombre des éléments du type papulo-tuberculeux conservent leur consistance ferme, restent indurés ; leur évolution se fait en plusieurs étapes : leur volume diminue en même temps que leur consistance augmente, puis ils restent stationnaires plus ou moins longtemps, deux à trois semaines environ, et finissent par disparaître complètement.

Les petites tumeurs qui possèdent un sommet acuminé, avec, en cette région, un amas de pus plus ou moins abondant, s'abcèdent, s'ouvrent à la peau spontanément et s'affaissent ensuite sans expulsion de bourbillon. Un certain nombre enfin d'abcès furonculeux véritables deviennent assez volumineux, atteignant parfois le volume d'une petite noix. Nous en avons observé à l'épaule, au cuir chevelu : pour ceux-ci encore la résolution est complète et la guérison rapide une fois ouverts. Pendant la durée de l'évolution de ces diverses formes de nodosités, de nouvelles peuvent se montrer dans l'intervalle des premières. Ce fait, toutefois, ne s'observe pas si les transpirations abondantes, cause première de ces lésions, cessent de se produire.

Que deviennent-elles sous l'influence d'une médication *ad hoc ?*

Nous avons vu la grande influence des conditions hygiéniques défectueuses ; si donc ces dernières sont rendues meilleures, en même temps qu'une intervention appropriée est dirigée contre les lésions, l'affection, quelle que soit sa confluence, son caractère, est rendue éphémère. Les papulo-pustules guérissent en huit à dix jours, ainsi que les papulo-tubercules suppurés ; la résolution est un peu plus lente pour les nodosités dures, mais nous n'avons jamais vu ces dernières s'accompagnant d'une réaction inflammatoire quelconque. Il ne se produit pas de nouvelles lésions, ou bien, si quelques-unes apparaissent encore, en dépit du traitement, on les voit se montrer discrètes, peu confluentes, d'un volume fort réduit.

Au point de vue de leur durée et de leur terminaison, les pyodermites sudorales sont incontestablement plus rebelles que les éruptions miliaires. Mais cette durée et cette terminaison sont bien différentes de ce que l'on observe dans la furonculose. La furonculose, en effet, malgré le traitement interne, en dépit des diverses médications locales dirigées contre elle, persiste souvent longtemps : de nouveaux foyers furonculeux se succèdent, soit dans la région où l'affection a débuté, soit en des points plus ou moins distants du foyer primitif. Aussi, le pronostic de la furonculose est sérieux, même en dehors du diabète. Le pronostic des pyodermites sudorales, au contraire, est tout à fait bénin ; tout au moins l'a-t-il toujours été chez les nombreux malades que nous avons vus ! Quelle qu'ait été l'étendue des lésions, la confluence de l'éruption, l'affection a toujours été éphémère, qu'elle se fût montrée chez des nourissons, dans la seconde enfance ou chez l'adulte.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS

Les pyodermites sudorales sont susceptibles cependant de certaines petites complications. On en a signalé de deux sortes : c'est ainsi que notre maître, M. le professeur Perrin, a observé chez des enfants de sept à onze mois, atteints de pyodermites sudorales, des dermites eczémateuses, impétiginisées, siégeant à la nuque ; elles étaient manifestement dues aux frottements, aux grattages, à l'insuffisance de soins et, dans un cas, à une application intempestive de pommades au niveau des régions atteintes de miliaires et de pyodermites. Ces lésions infectées secondairement cédèrent avec facilité, dit M. Perrin, à quelques pansements humides à l'eau amidonnée et boriquée.

Tout autrement sérieuse est l'*alopécie péri-furonculose,* que M. le professeur Perrin a observée dans quatre cas. Dans deux, il n'y avait que trois ou quatre plaques alopéciques, dans le cuir chevelu ; dans les deux autres, au contraire, l'éruption de pyodermites sudorales ayant été confluente, il y avait au moins une vingtaine de plaques. « Ces deux malades, dit M. Perrin, deux frères, l'un âgé de trois ans, l'autre de seize mois, avaient été traités chirurgicalement, tous les éléments du cuir chevelu, suppurés ou en suppuration, avaient été incisés. Huit jours

après, il n'y avait pas de nouvelles lésions, les cheveux coupés ras aux ciseaux permettaient de voir toutes les cicatrices. Deux semaines plus tard, la mère nous ramenait les enfants atteints de nombreuses plaques alopéciques disséminées sur tout le cuir chevelu. Elles étaient pour la plupart encore érythémateuses, surtout quand les enfants criaient ; elles n'avaient pas la couleur blanche si caractéristique de la pelade commune ; à leur partie centrale, existait soit une cicatrice, petite, arrondie, soit une cicatrice linéaire consécutive à l'incision. La zone de déglabration était arrondie et avait une étendue de un à quatre centimètres de diamètre ; il n'existait pas à son niveau de cheveux cassés, peladiques, mais à la périphérie, quelques cheveux s'arrachaient encore facilement sous l'influence de la moindre traction. »

Le professeur Brocq a d'ailleurs attiré l'attention sur ces pelades staphylococciques ; il s'agirait, d'après ce maître, d'une infection de toute la région par une toxine secrétée par le *staphylococcus aureus,* toxine qui a exercé une action dépilante sur une zone plus ou moins étendue du point inoculé.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

Comme les miliaires et les sudamina, les pyodermites sudorales paraissent être véritablement liées aux transpirations abondantes, consécutives au flux sudoral, qui se montre excessif dans nos régions méridionales, au moment des températures continues et élevées de certains étés.

La chaleur excessive, renforcée souvent par l'insuffisance des soins hygiéniques, imprime au tégument si délicat des jeunes enfants et de certains adultes, au tégument des neuro-arthritiques en particulier, des modifications profondes et diverses, dont les éruptions de pyodermites ne sont qu'une modalité.

La sueur, nous le répétons donc, est le grand facteur, le principal agent de cette affection. Mais ces lésions sont-elles dues à une modification dans sa quantité ? ou à des modifications portant sur tel ou tel autre élément de sa composition, à des modifications qualitatives ? ou bien la sueur, une fois excrétée, subit-elle des altérations chimiques engendrant des substances irritantes ? Celles-ci encore ne pourraient-elles se produire par prolifération microbienne ? Autant de questions qu'il est logique de se poser, mais auxquelles il est très difficile de répondre, en l'absence d'analyse du liquide sudoral.

Ce qui paraît fondé, cependant, c'est que le staphylocoque, un de nos commensaux ordinaires, absolument constant en tout temps, en tout lieu, qui existe sur toute l'étendue de notre tégument exerne, trouve dans l'exagération de la sécrétion de la sueur, dans la congestion tégumentaire consécutive des conditions particulièrement favorables à son développement ; il acquiert, dans de telles conditions, une virulence extraordinaire, et les lésions anatomiques qu'il va engendrer seront en quelque sorte proportionnelles, superposables au chemin parcouru par lui dans les conduits excréteurs des glandes sudoripares : selon les cas, il donnera naissance à des folliculites, à des adénites, à des périadénites.

C'est toujours le staphylocoque doré que M. le professeur Perrin a constaté, en procédant de la manière suivante : après avoir lavé avec une solution antiseptique la saillie acuminée d'une nodosité suppurée, le fil de platine, préalablement stérilisé, est plongé dans une gouttelette de pus et introduit ensuite dans des tubes de gélose pour l'ensemencement.

« Toutes les cultures, dit le professeur Perrin, ont été positives, et après vingt-quatre heures de séjour du tube à l'étuve, nous avons obtenu des cultures de staphylocoque jaune. »

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le staphylocoque jaune pénètre-t-il dans les glandes sudoripares ou dans les follicules pilo-sébacés pour produire les lésions variées de pyodermites sudorales que nous avons décrites ? Il était intéressant de le rechercher. C'est dans ce but que, chez un enfant de deux ans, une double biopsie a été faite par notre maître, M. le professeur Perrin, sur deux nodosités suppurées siégeant sur l'abdomen, l'une au niveau de l'hypocondre droit, l'autre près de la ligne médiane. Ces deux lésions excisées ont été confiées à M. le Dr A. Pilliet, qui a communiqué à notre maître M. Perrin la description anatomo-pathologique suivante :

« *Abcès sudoripares.* — Les coupes portant sur les deux fragments de peau, colorés par le carmin d'alun ou l'hématéine, ont donné partout les mêmes résultats.

» Il s'agit d'une suppuration de glandes sudoripares que l'on voit dilatées et entourées de traînées de cellules embryonnaires au voisinage des foyers. Il est pourtant à remarquer qu'un grand nombre d'entre elles sont intactes.

» A un degré plus avancé, la masse glandulaire est confondue et les tubes cessent d'être distincts, sauf ceux de la périphérie, à cause de l'accumulation de cellules migratrices qui morcellent le peloton glandulaire.

« Le centre de ce peloton se nécrose alors et l'on observe un petit abcès occupant toute la moitié de la hauteur du derme, c'est-à-dire le siège normal de pelotons sudoripares. Il s'étend en profondeur jusqu'à la couche adipeuse, qui est très légèrement enflammée à son contact, l'inflammation se propageant par les voies lymphatiques, et vient en surface effleurer le plan papillaire. La cavité est légèrement anfructueuse, bordée par des tubes enflammés et refoulés, le derme ambiant reste à près intact. C'est donc un processus localisé au peloton sudoripare ; on n'a pu, sur les pièces envoyées, observer le stade de réparation. »

Il s'agit bien véritablement, d'après cet examen, d'une suppuration des glandes sudoripares : des folliculites sudoripares, des idradénites peuvent donc se produire sous l'influence des sueurs abondantes ; le fait est important à noter, car jusqu'à présent, en dehors de la suppuration des glandes sudoripares de l'aiselle, bien étudiée depuis longtemps sous le nom de *hidrosadénites,* la folliculite sudoripare d'autre régions n'avait été signalée, ni décrite.

Nous croyons pourtant, ainsi que le dit M. le professeur Perrin, que dans toutes les lésions que nous avons groupées sous le nom de pyodermites d'origine sudorale, les folliculites sébacéo-pilaires existent aussi en grand nombre, depuis la folliculite jusqu'au furoncle.

L'examen histologique du Dr A. Pilliet démontre de plus qu'il existe de véritables abcès sudoripares. Ces pyodermites sudorales sant donc caractérisées par l'inflammation et la suppuration des glandes sébacéo-pilaires et sudoripares.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Le pronostic des lésions de pyodermite est subordonné à plusieurs conditions. Les sujets atteints présentent un état général mauvais, à cause des insomnies, en raison des troubles digestifs, des urines rares. Il faut tenir compte du terrain sur lequel ces lésions évoluent : on les voit revêtir un caractère tout particulier de gravité, chez les diabétiques, par exemple.

Une considération dont il faut tenir compte également,, c'est la difficulté de traiter les furoncles confluents : on ne peut appliquer, en effet, des pansements qui macèrent l'épiderme. Le pronostic est franchement influencé enfin par la longue durée des furoncles qui apparaissent continuellement, faisant des auto-inoculations. Il peut survenir enfin des anthrax, et le pronostic se trouve alors terriblement assombri si l'on a affaire à un sujet diabétique.

Ce que l'on n'ignore pas non plus, c'est l'influence de la température sur les poussées à la peau. L'amélioration sera rapide si le mistral souffle ; nous avons eu l'occasion de le constater. De même ,le pronostic est heureusement influencé et la guérison rapide chez les enfants de la classe aisée que l'on avait envoyés à la campagne ou à la montagne.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des pyodermites sudorales est facile le plus souvent, s'il y a en même temps des sudamina et de la miliaire. Mais si c'est l'éruption furonculeuse qui prédomine, il faut s'enquérir si le malade ne prend pas de bromure ni d'iodure. Ces deux sels en s'éliminant donnent naissance à une éruption cutanée particulière : *l'acné bromurique,* qui se voit chez les enfants qui ont la coqueluche et auxquels on donne des sirops contenant du bromure de potassium (Sirop infantile Gimié, par exemple) ; chez les nourrissons auxquels, dans le peuple, on administre souvent aussi les mêmes préparations à base de bromure de potassium.

Chez les adultes, se renseigner également si le malade porteur des lésions cutanées n'est pas un nerveux, un épileptique, ou un diabétique. ; chez ces malades, en effet, la médication bromurée souvent intensive à laquelle on les soumet pourrait occasionner l'éruption cutanée spécifique : l'*acné bromurique.*

Le malade que l'on voit, enfin, est-il soumis à la médication iodurée, en raison d'une spécificité possible ? N'a-t-on pas affaire à un artério-scléreux, soumis au même traitement ?

Comment alors différencier ces deux groupes de lésions cutanées ? d'un côté, les éruptions de pyodermites sudo-

rales, de l'autre les lésions de bromisme ou d'iodisme cutané ?

Les renseignements recueillis sur le malade, l'enquête consciencieuse sur son état de santé, suffisent amplement à étayer le diagnostic sur des bases solides, en dehors même des caractères propres à chacune des deux éruptions, caractères parfois assez délicats à bien saisir, car dans le bromisme cutané nous voyons des érythèmes, des nodosités, des éruptions papulo-pustuleuses, c'est-à-dire acnéiques.

Au point de vue histologique, il s'agit, dans ces éruptions bromuriques acnéiformes, de péri-adénites sébacées et sudoripares. L'erreur est donc souvent possible. Pour compléter le diagnostic, on pourra d'ailleurs rechercher les réactions des bromures dans l'urine. Dans le liquide sécrété par les plaques éruptives, on obtiendra la réaction caractéristique du brome.

L'examen du pus pourra être pratiqué ; on ne rencontre que les microbes ordinaires de la suppuration et aucun de spécifique. Ce dernier moyen d'investigation nous servira à écarter l'hypothèse d'une syphilide végétante papulo-hypertrophique. Cette dernière affection d'ailleurs sera facilement reconnue et différenciée par l'absence de lésions sur les muqueuses, d'adénopathies.

Mais le grand signe qui doit servir comme point de repère, la caractéristique des pyodermites sudorales, c'est leur fréquence pendant les étés à températures élevées et continues, leur coïncidence avec les chaleurs excessives, leur disparition complète — dans les cas bénins — avec le retour d'une température moyenne. Les antécédents du sujet, les renseignements sur son état de santé, sur les médications suivies, éclaireront d'un jour complet le diagnostic et permettront d'éviter une erreur toujours possible.

CHAPITRE X

TRAITEMENT LOCAL ET GÉNÉRAL

1° *Local.* — Le traitement est des plus simples. Quand il n'y a que de la miliaire, il consiste dans l'emploi des bains de son vinaigrés et les poudrages.

Quand il y a de la furonculose, des Pyodermites, à cause des inoculations, il vaut mieux faire des lotions avec l'eau de son vinaigrée matin et soin, ou avec la liqueur de Van Swieten quand il y a de nombreuses nodosités suppurées.

Nous avons également recours aux lavages avec l'eau oxygénée et aux badigeonnages autour des furoncles avec l'eau-de-vie camphrée étendue d'eau chez les enfants, pure chez l'adulte. Chez quelques enfants présentant une agglomération de ces éléments au cuir chevelu, sur le front, une vingtaine ont été en une seule séance incisés ou ponctionnés ; la guérison n'est guère plus rapide, mais la tension des téguments est telle dans certains cas que les enfants éprouvent au bout de quelques heures un véritable soulagement. D'ailleurs, le plus souvent, les parents refusent toute intervention immédiate et quand, au bout de quatre à cinq jours, ils ramènent leurs enfants auxquels des pansements boriqués ou à l'eau oxygénée ont été régulièrement appliqués, l'amélioration est si rapide et si manifeste que les incisions sont le plus souvent inutiles. Mais si l'on incise les abcès, il faut employer les lavages à l'eau oxygénée, et pour les régions pilaires les lavages

à l'eau d'Alibour, à raison d'une cuillerée à soupe par demi-verre d'eau chaude.

Nous recouvrons les furoncles abcédés avec de petites rondelles d'emplâtre à l'oxyde de zinc ou d'emplâtre rouge de Vidal. Nous changeons ces emplâtres matin et soir et lavons chaque fois avec l'eau d'Alibour ou l'eau oxygénée.

Pour les régions où il n'y a que des lésions papuleuses et érythémateuses nous employons les poudrages avec la poudre de talc.

Dès l'apparition des pustules, enfin, nous avons fréquemment essayé de les faire avorter en les badigeonnant avec de la teinture d'iode dédoublée.

2° *Traitement général.* — En même temps que l'on soigne les lésions locales, on doit soustraire les sujets à des transpirations abondantes et éloigner les causes qui ont provoqué les éruptions sudorales. Les boissons tempérantes, les bains émollients permettent d'atteindre ce résultat. Nous recommandons aux malades d'habiter un endroit frais, pas sous les toits. Il faut remonter l'état général par tous les moyens, traiter les troubles digestifs, et surtout rationner les boissons, boire peu chaque fois, éviter enfin l'alcool et les boissons alcooliques.

Dans deux cas seulement, pour des nourrissons de huit à dix mois, tourmentés par le travail de la dentition et souffrant de chaleurs excessives, un changement de résidence a été nécessaire. C'est le moyen le plus efficace ; dès que l'enfant est transporté dans une région moins chaude, dès qu'il n'est plus exposé à des transpirations abondantes, les diverses lésions sudorales, miliaires et pyodermites, disparaissent, ce qui montre bien, malgré la présence de furoncles, qu'il ne s'agit pas dans ces cas de la furonculose commune dont l'évolution est bien différente.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Les cas de pyodermites sudorales que notre maître, le professeur Perrin et nous-même avons eu occasion d'observer sont vraiment trop nombreux pour que nous songions à les rapporter tous ici. Notre travail ne suffirait pas à les contenir. Ces divers cas d'ailleurs se ressemblent à peu de chose près ; les différences notées aussi bien dans leur forme clinique, leur évolution ou leur terminaison, sont des plus minimes, et nous nous bornerons — pour ne pas nous redire — à en rapporter quelques observations choisies parmi les plus typiques ; chacune d'elles répondant à une modalité de l'affection.

Observation première

(Pyodermite sudorale de la face)

Marie G..., âgée de 6 mois, est présentée par ses parents à la clinique du docteur Perrin, le 20 août 1911, pour une éruption sur la nature de laquelle le médecin traitant est hésitant. Cette éruption siège à la face, sur les joues, où elle est confluente, formant une espèce de masque mamelonné, produit par des saillies dures, arrondies, du volume d'un noyau de cerise. A leur niveau, la peau est simplement érythémateuses. Elles sont peu mobiles.

L'état général de l'enfant est excellent : elle tette régulièrement, n'a pas de fièvre. Ses selles sont normales, la courbe du poids subit une progression régulière et ascendante. Les parents sont en très bonne santé et se sont défendus auprès de leur médecin de tout antécédent syphilitique.

La première impression du médecin traitant a été qu'il s'agissait de syphilides végétantes hypertrophiques ; mais, ainsi que nous l'avons dit, ce diagnostic ne saurait être admis : l'éruption siège exclusivement sur la peau ; rien aux parties génitales, au périnée, ni à l'anus ; l'intégrité des muqueuses est parfaite ; pas de pemphigus ; il n'y a jamais eu d'ictère, jamais de coryza tenace. Enfin, l'enfant est venue à terme bien portante.

L'enfant n'a jamais pris, d'autre part, de sirop infantile à base de bromure ou autre.

Le diagnostic de pyodermites fut donc posé, d'autant plus aisément que pendant toute la semaine, la température avait été particulièrement élevée, oscillant entre 32 et 34°.

Notre petite malade vivant dans des conditions de propreté plus que douteuses, nous fîmes comprendre à la famille combien cela était préjudiciable à la santé de l'enfant. Le traitement ordinaire : compresses boriquées et à l'eau de son vinaigrée, fut institué.

Nous revîmes cette enfant huit jours après. L'éruption avait considérablement diminué. Le traitement étant rigoureusement suivi et les conditions hygiéniques sensiblement meilleures, l'enfant était en bonne voie de guérison quand nous la revîmes vers le 10 septembre.

Observation II

(Pyodermite sudorale du cuir chevelu)

Georges A..., âgé de 8 mois 1/2, est amené par sa mère. On constate une éruption exclusivement confluente sur le cuir chevelu, principalement au niveau des régions temporo-pariétales. A côté des nodosités non suppurées, on constate des éléments papulo-tuberculeux, faisant une saillie assez marquée au-dessus de la peau. Quelques-uns se sont abcédés et l'on voit s'écouler une petite quantité de pus mélangé à quelques gouttes de sang. Rien noté du côté des muqueuses. Pas de spécificité chez les parents. L'enfant n'a jamais pris de sirop bromuré.

On institue le traitement des pyodermites, et quelque temps après, nous avons le plaisir de voir notre petit malade presque complètement guéri.

Observation III

Casimir C..., âgé de 34 ans, boulanger, exposé à des températures très élevées et continues, présente depuis une semaine environ une éruption assez confluente sur le tronc, à la partie supérieure, au niveau du pli du coude, des aisselles et un peu aussi à la face. Cette éruption est constituée par de petites tumeurs assez dures, arrondies, mobiles sur les plans profonds ; çà et là, parmi ces nodosités non suppurées, on voit quelques papulo-pustules. Le malade nous dit éprouver des picotements, du prurit ; on voit, en effet, quelques lésions de grattages surajoutées. Le malade prétend n'avoir jamais eu de syphilis et n'avoir

jamais suivi aucune médication iodurée, qui pourrait nous expliquer ces lésions. Il nous dit, par contre, prendre des boissons en grande abondance depuis environ un mois et nous avoue être sujet à des transpirations abondantes.

Retenant, d'autre part, le métier pénible auquel il est astreint, le doute n'est plus possible, et nous posons le diagnostic de pyodermites sudorales. Nous ordonnons le repos pendant quelques jours et le traitement habituel. Une semaine après, notre malade, tout ragaillardi, était en pleine voie de guérison.

Observation IV

Antoine P..., portefaix, âgé de 32 ans. Se présente à nous porteur des mêmes lésions que notre malade de l'observation précédente, absolument superposable à ce dernier. Chez lui, cependant, l'éruption est plus discrète, et la miliaire, au contraire, est confluente. Les diverses régions atteintes (poitrine, bras, face) ont été d'abord le siège des petites papulo-vésicules qui caractérisent la miliaire, et secondairement, l'éruption de pyodermites est venue s'y greffer.

Ici non plus pas de spécificité, pas de médication iodurée.

Nous retenons seulement le métier pénible de notre malade, la température excessive qui sévit au moment où il vient consulter (25 août, 34°) et portons le diagnostic de pyodermites sudorales. Le traitement vient corroborer notre façon de voir, car 10 jours après, tout rentrait dans l'ordre.

CONCLUSIONS

Aussi croyons-nous pouvoir dire avec notre maître, M. le professeur Perrin :

1° Quand les chaleurs de l'été sont excessives, comme elles l'ont été l'an dernier dans notre région méridionale, on observe une grand nombre de dermites d'aspect furonculeux, de véritables pyodermites d'origine sudorale. Elles coïncident avec les sudamina, les miliaires, les exanthèmes sudoraux, la dysidrose, signalés tous les étés avec une degré de fréquence plus ou moins marqué suivant les chaleurs.

2° Ces pyodermites se voient par séries et correspondent aux semaines et aux jours pendant lesquelles les températures élevées et continues ont été notées ;

3° C'est surtout chez les enfants que ces éruptions sont fréquentes ; chez les adultes, les femmes y sont plus prédisposées que les hommes ;

4° Elles sont localisées dans les régions où la peau est plus délicate et la sécrétion sudorale plus active ; les lieux de prédilection sont à la face, au cuir chevelu, au cou, sur le tronc à la partie supérieure et à la région dorso-lombaire, enfin sur les membres supérieurs du côté de la flexion ;

5° L'éruption est constituée par des nodosités souvent en très grand nombre, plus ou moins volumineuses, hypodermiques ou dermiques, avec ou sans production de pus : tubercules non suppurés, papulo-tubercules suppurant ou non. Cette éruption peut être agglomérée, surtout à la face, elle présente alors des surfaces mamelonnées irrégulières.

6° Abandonnées à leur évolution, ces épidermo-dermites n'arrivent pas toutes à la suppuration ; des éléments tuberculeux et papulo-tuberculeux restant indurés et finissant par disparaître.

La guérison est rapide si un traitement est institué et surtout si le malade est placé dans de bonnes conditions hygiéniques et soustrait à des transpirations abondantes. La durée et la terminaison des pyodermites sudorales, quoique plus longues que celles des éruptions miliaires, sont bien différentes de celles que l'on observe dans la furonculose. Comme complications, il peut survenir des dermites eczémateuses impétigineuses ; dans quelques cas, des *alopécies péri-furonculeuses* ont été notées ;

7° Au point de vue de la pathogénie, comme les sudamina et les miliaires, les *pyodermites sudorales* paraissent bien véritablement être consécutives au flux sudoral. Sous l'influence de celui-ci et de la congestion des téguments, le staphylocoque trouve un terrain tout préparé pour proliférer et acquérir une virulence plus grande. Il donne naissance à des folliculites, à des adénites, à des périadénites. Il pénètre aussi bien dans les glandes sudoripares que dans les follicules pilo-sébacés : l'examen histologique de deux nodosités suppurées a montré qu'il s'agissait *d'abcès sudoripares,* d'après le docteur A. Pilliet.

BIBLIOGRAPHIE

Leredde et Hallopeau. — Traité de Dermatologie.

Besnier et Brocq. — Traité de Dermatologie.

Bechambre. — Dictionnaire encyclopédique.

Balzer et Lecornu. — Eruption bromo-iodique. Annales de Dermatologie et de syphiligraphie, mars 1902.

Chirivino. — Bromoderma pustulosa fongoide. Giornale internazionale delle scienze mediche, 1904.

Kaposi. — Pathologie et traitement des maladies de la peau. Traduction par Besnier et Doyon. Paris, 1891.

Michael Poster. — A Text Book of Physiologie. Londres, 1883.

Neumann. — Traité des maladies de la peau .Traduction française, Paris.

Perrin (Léon). — Les éruptions d'origine sudorale (Pyodermites sudorales), Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, novembre 1897.

Voisin (Jules), Voisin (Roger) et A. Rendu. — Bromisme. Etat de mal épileptique et déchloruration. Bulletin de la Société médicale de Paris, nov. 1905.

Hédon. — Physiologie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 15 mai 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST

Vu et approuvé
Montpellier, le 15 mai 1912
Le Doyen,
MAIRET.